# DISSERTATION

N° 119.

7.

SUR

## LES INDICATIONS ET LES CONTRE-INDICATIONS DE LA LITHOTRITIE,

ET DE L'INFLUENCE DE L'AGE

**SUR SON APPLICATION ET SES RÉSULTATS.**

TRIBUT ACADÉMIQUE

**Présenté et publiquement soutenu**

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER LE 21 AOUT 1840,

PAR

**M.-J. MARMONIER,**

de Montagnieu (Isère);

CHIRURGIEN MILITAIRE;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

Imprimerie de Ve RICARD, née GRAND, place d'Encivade.

1840.

**A la Mémoire d'un bon Père.**

*Regrets éternels !*

# A MA MÈRE ET A MA FAMILLE.

*Attachement sans bornes.*

A MESSIEURS

**ROUBAUD** (EUGÈNE), DE GAP ;

**VIGNON**, GREFFIER A GONCELIN.

*Amitié inaltérable.*

M.-J. MARMONIER.

# DISSERTATION

SUR

## LES INDICATIONS ET LES CONTRE-INDICATIONS DE LA LITHOTRITIE,

ET DE L'INFLUENCE DE L'AGE

SUR SON APPLICATION ET SES RÉSULTATS.

Quelques années se sont à peine écoulées depuis que la lithotritie a été envisagée sous son véritable point de vue, et déjà ses bienfaits sont immenses; sans doute elle a eu ses insuccès, et même des insuccès assez nombreux; mais ne doit-on pas les attribuer en partie, avec M. Civiale, tantôt au mauvais emploi des instruments mis en usage, tantôt à l'emploi d'appareils imparfaits? N'a-t-on pas entendu M. Lepelletier avouer en pleine Académie, en 1835, qu'il serait très-maladroit pour pratiquer la lithotritie, tandis qu'il aurait recours à la taille, opération à laquelle il était habitué? Et s'il est encore aujourd'hui quelque praticien qui ne veuille jamais de cette opération, on peut sans crainte le taxer d'ignorance ou d'inaptitude : il serait blâmable, en effet, le chirurgien qui ne voudrait pas s'occuper d'un moyen qui peut lui être d'une si grande utilité, aujourd'hui surtout que la lithotritie est devenue si simple par l'usage de l'instrument modifié de M. Heurteloup.

Qu'on ne pense pas pourtant que je veuille avancer que le broiement de la pierre est le seul moyen auquel on doive recourir maintenant, tandis que la lithotomie ne devrait plus être étudiée que pour l'histoire de l'art : telle n'est pas du moins mon intention. Il est des cas où l'opération de la taille est de toute nécessité ; mais l'important est de savoir distinguer ces cas ; et, comme le disent M. Leroy et autres auteurs, la lithotritie et la taille ont chacune leur domaine. Cet habile lithotriteur ajoute qu'il y a des circonstances dans lesquelles la première l'emporte sur la seconde, d'autres dans lesquelles les chances sont égales, d'autres enfin qui rendent la taille préférable ; mais la délimitation entre ces classes est loin d'être assez tranchée pour qu'on ne puisse pas faire des méprises : c'est ce diagnostic qui forme la partie la plus difficile de la lithotritie. Du reste, nous ne sommes plus à l'époque où l'Académie de chirurgie, divisée en deux camps, ne savait encore quelle décision porter ; il n'est plus besoin d'expériences comparatives que demandait M. Velpeau en 1835 ; il n'est plus permis de dire, avec cet auteur, que la taille étant applicable à toutes les périodes de l'affection calculeuse, tandis que la lithotritie ne convient que dans des cas déterminés, la taille est une méthode générale, tandis que le broiement serait une méthode simplement exceptionnelle : il semble aujourd'hui que c'est l'opinion contraire qui prédomine. C'est ainsi

que la Gazette Médicale de Paris de 1838, en rapportant quelques faits de lithotritie pratiqués dans les États-Unis, ajoute que la cystotomie est devenue une véritable exception.

Je vais examiner les principales indications et contre-dications de la lithotritie, et surtout l'influence de l'âge dans son application et ses résultats; cette dernière question m'étant échue par le sort.

Je m'occuperai peu cependant des indications et contre-indications qui peuvent être fournies par l'état des calculs, par rapport à leur volume, à leur dureté et à leur multiplicité ; je dirai seulement que le broiement est peu applicable à une pierre volumineuse, dure et multiple; quoiqu'il existe des faits qui prouvent que ces obstacles ont été surmontés avec succès, et que l'opération de la taille est devenue par suite inutile.

Je vais étudier avec plus d'attention l'influence que peuvent exercer les voies urinaires dans l'application de la lithotritie. On avait d'abord pensé que le catarrhe vésical serait un obstacle à cette opération; on craignait que l'introduction réitérée d'un instrument dans la vessie malade, que ces manœuvres répétées dans ce réservoir ne l'altérassent davantage; cependant l'expérience est venue démentir la théorie. Aujourd'hui un grand nombre de praticiens de tous les pays ont pu voir, comme M. Leroy, les glaires muqueuses diminuer après chaque séance de l'opé-

ration ; et d'ailleurs cette sécrétion est le résultat de la présence de la pierre, et, dès le moment qu'elle a disparu, le catarrhe doit céder. Je sais bien qu'on peut dire qu'au moyen de la lithotritie, vous débarrassez le malade en une seule fois ; mais aussi que de dangers ! il faudra, au contraire, plusieurs séances au lithotriteur pour détruire la pierre en entier; mais ces séances sont quelquefois si peu douloureuses, que souvent il arrive que le malade peut se promener le reste de la journée.

Des lésions organiques plus graves qui peuvent même empêcher l'emploi du broiement, sont l'hypertrophie, le racornissement, l'irritabilité de la vessie : cependant, il faut le dire, ce dernier état du réservoir de l'urine peut être combattu avec avantage. Combien de fois, en effet, n'a-t-on pas vu une vessie irritable au point d'expulser quelques gouttes de liquide qu'on y injectait, s'habituer peu à peu et retenir des décoctions adoucissantes pendant un temps suffisant au broiement du calcul ! D'autres fois c'est un canal de l'urètre que l'introduction d'une simple sonde fait contracter avec force : il semble que l'opération est impossible, et pourtant il ne faut que de la patience; et le plus souvent on voit le canal supporter peu à peu, sans se contracter, la présence de l'instrument. C'est donc au chirurgien à ne pas se laisser intimider par un obstacle qu'il peut vaincre : si la vessie s'est racornie au point de se resserrer

sur le calcul, de telle manière que l'urine soit obligée de sortir aussitôt qu'elle arrive dans le réservoir, le cas est plus difficile ; il peut même arriver alors que tous les efforts du lithotriteur soient nuls. On conçoit, en effet, que la vessie racornie jusqu'à ce point ne permette pas à l'instrument de se développer et de saisir le calcul : n'a-t-on pas vu l'opération de la taille elle-même devenir laborieuse, le chirurgien être forcé de porter dans la vessie, afin de la dilater, des tenettes articulées comme un forceps? Et pense-t-on que de pareilles manœuvres ne puissent pas amener de graves accidents?

On conçoit encore que la paralysie de la vessie peut être un grand obstacle à la lithotritie : sans doute les instruments arriveront facilement dans la vessie, s'y développeront avec aisance ; mais une fois le calcul broyé, comment sera-t-il expulsé? Je sais bien que plusieurs chirurgiens, MM. Leroy, Heurteloup, Jacobson, ont cherché à procurer l'évacuation artificielle des fragments à l'aide de certains instruments portés dans la vessie : malgré ce, pourtant, il me serait difficile de me décider, dans ce cas, pour cette opération : le moindre fragment oublié peut devenir le noyau d'un nouveau calcul, qui se formera alors d'autant plus vite que les organes urinaires ont une plus grande disposition à la formation de la pierre.

Une autre maladie qui s'oppose quelquefois à l'em-

ploi d'un instrument lithotriteur, c'est l'engorgement de la prostate. Je ne m'arrêterai pas ici à discuter les opinions de M. Leroy, qui prétend que la plupart des paralysies de la vessie ne sont que le résultat d'une déviation de l'urètre par suite de l'hypertrophie de la prostate : je ferai seulement observer que je ne suis pas du même avis que cet auteur, qui veut que cet engorgement ne soit pas un obstacle au passage de l'instrument lithotribe, cet instrument pouvant d'ailleurs déprimer assez la prostate pour rendre au malade la faculté d'uriner, pour quelque temps du moins. Ne craint-on pas que l'introduction d'un instrument si volumineux ne fatigue cette partie déjà malade, au point d'augmenter l'engorgement et d'accélérer ainsi la marche de la maladie ? Ne voit-on pas assez souvent, dans de pareils cas, l'introduction d'une petite bougie amener une réaction violente, quelquefois même tous les symptômes d'une fièvre urineuse ou des accès intermittents ? D'ailleurs il est démontré que, dans ces circonstances, l'opération de la taille, au lieu d'être nuisible, est quelquefois très-utile au malade, en ce que cette incision pratiquée sur cette glande malade détermine bientôt une inflammation franche qui peut amener et qui a amené, en effet, parfois la résolution de l'engorgement, et par suite la guérison de deux maladies dont était atteint l'individu.

Il est une autre circonstance qui peut s'opposer

au broiement, alors que le calcul a été reconnu et qu'il semble que les conditions soient favorables à cette opération : quelquefois le trigone vésical est hypertrophié et le calcul est placé en arrière, dans le bas-fond de la vessie. Cet accident, au premier abord, ne paraît d'aucune importance ; il semble qu'il suffira d'abaisser fortement l'extrémité vésicale de l'instrument pour saisir le calcul, et cependant rien n'est plus difficile si on ne connaît pas bien la position de la pierre, et si on ne s'explique pas pourquoi le calcul est ainsi situé. C'est ainsi que le professeur Delpech reconnaît qu'un individu est calculeux : la pierre est sentie avec la sonde dans diverses explorations qu'il fait ; plusieurs fois, cependant, il lui est impossible de la sentir ; malgré ce, Delpech opère, et, après une assez longue manœuvre, la pierre ne peut pas être extraite : l'individu meurt, et on reconnaît que le bord postérieur du trigone vésical formait une bride en arrière de laquelle était le calcul.

Dans un autre cas, le calcul est engagé dans le col de la vessie ; rien ne peut le repousser dans sa cavité ; à peine si une sonde peut, après quelques efforts, parvenir jusque dans le réservoir de l'urine : on pense bien qu'un chirurgien instruit se gardera de recourir à la lithotritie ; l'instrument lithotribe ne pourrait se développer et saisir le calcul sur lequel il glisserait toujours sans pouvoir jamais l'at-

teindre. Depuis mon arrivée à Montpellier, j'ai pu observer plusieurs calculeux : l'un d'eux présentait l'état dont je parle ; son observation ne sera pas ici déplacée.

Le nommé Bourguet ressentit en 1824 quelques douleurs dans les reins et de la difficulté à uriner ; il rendit même alors quelques graviers avec l'urine : depuis lors, il ne cesse de souffrir plus ou moins. Ce malade passa quelques jours à l'Hôtel-Dieu en 1835 ; on s'assura de la présence de la pierre dans la vessie, mais on n'entreprit rien pour l'enlever : Bourguet voulut sortir ; il resta cinq ans chez lui souffrant beaucoup. En 1840, il est venu de nouveau à l'hôpital : les douleurs, dans ces dernières années, avaient été très-vives ; il avait rendu du sang de temps en temps par le canal de l'urètre ; depuis deux ans, il est obligé d'uriner très-souvent et en souffrant beaucoup ; il ne rend que très-peu d'urine à la fois ; en outre, il est toujours mouillé par quelques gouttes de ce liquide qui suintent continuellement du canal malgré sa volonté, et c'était pour éviter cette incommodité qu'il renfermait sa verge dans une vessie destinée à recevoir le liquide qui s'échappait. Dans l'exploration, la sonde ne pénètre qu'avec difficulté ; elle est d'abord arrêtée au col de la vessie, où l'on sent un corps étranger, et où a lieu le choc résultant du contact de la pierre et de l'instrument ; cependant, après quelques mou-

vements, la sonde arrive dans la vessie : au reste, en introduisant le doigt dans le rectum, on reconnaît très-bien que le calcul est engagé dans le col de la vessie. M. le professeur Serre, qui a donné des soins à ce malade, a employé la taille pour extraire ce calcul : cette opération a été d'une grande simplicité ; à peine s'il s'est écoulé un peu de sang ; aussi le malade est-il sorti de l'hôpital, environ un mois après, parfaitement guéri.

Cette observation n'est pas sans importance : d'abord on voit que la lithotritie était ici impossible ; seulement il faut remarquer qu'elle aurait pu être couronnée de succès en 1835, si le malade avait voulu s'y soumettre et n'avait quitté l'hôpital ; car, comme on le sait, le broiement réussit d'autant mieux que le calcul est moins ancien ; parce qu'alors les désordres survenus dans les organes urinaires sont ordinairement peu graves, et aussi parce que le calcul est moins volomineux.

Il n'est pas jusqu'au rétrécissement de l'urètre qui ne soit une contre-indication de la lithotritie ; cependant ce n'est pas un obstacle insurmontable, et le chirurgien peut facilement détruire la coarctation du canal avant d'entreprendre le broiement de la pierre. Nous ferons pourtant une remarque : comme on le sait, les coarctations de l'urètre ont une grande tendance à se reproduire ; très-souvent aussi le canal est beaucoup plus sensible ; de manière qu'à la lésion

organique il faut joindre une coarctation, un resserrement spasmodique qui s'opère sous l'influence de la cause la plus minime : ne pourrait-il pas arriver, dans le cas de calcul, alors qu'on l'aura broyé, que des fragments engagés dans le canal de l'urètre soient retenus par suite de la coarctation organique et spasmodique ? car cette dernière lésion n'a fait que céder momentanément ; elle n'a pas été détruite.

Un autre cas où la lithotritie est impossible, c'est lorsque la pierre se trouve enchatonnée entre les parois de la vessie : elle peut être aussi plus ou moins adhérente, et nécessitera toujours l'opération de la taille.

Voilà déjà plusieurs lésions organiques qui peuvent mettre obstacle à la lithotritie ; il faut donc examiner avec soin avant de se décider pour tel ou tel procédé opératoire, il faut peser toutes les circonstances. Dans un cas, en effet, le broiement est facile et exécuté en entier dans deux ou trois séances ; dans un autre, au contraire, ce moyen ne pourrait qu'amener des résultats fâcheux : c'est au chirurgien instruit à bien distinguer ces cas pour diriger sa conduite.

Je dirai quelques mots de l'influence du sexe sur la lithotritie. Chez la femme, sans doute, l'introduction des instruments est plus facile, par suite de la rectitude, de la brièveté et la dilatabilité de son canal de l'urètre, qui peut laisser échapper des cal-

culs d'un volume assez considérable : l'observation suivante prouvera suffisamment mon assertion.

Une demoiselle des environs de Montpellier, âgée de 18 ans, se plaint de douleurs à l'hypogastre : M. le professeur Caizergues est appelé ; il donne des soins pendant quelque temps sans amener aucune amélioration ; il soupçonne alors la présence d'un calcul. Il fait appeler le professeur Delmas qui reconnaît, d'après ses expressions, une véritable carrière de calculs ; il emploie la lithotritie au moyen de laquelle il finit par expulser une grande quantité de fragments : la demoiselle se trouve mieux. Dans une autre tentative, il reconnaît la présence d'un corps étranger allongé dans l'intérieur de la vessie : il interroge la demoiselle qui finit par avouer que c'était un porte-plume métallique auquel était attaché un bout de ficelle qu'elle avait laissé échapper dans la vessie. M. Delmas alors fait fabriquer un instrument lithotriteur dont la branche mâle dépasse en la poussant les deux côtés de la branche femelle, de sorte qu'en retirant la branche mâle, qui était tranchante, elle pourrait couper le corps qui s'interposerait entre les branches : c'est ce qui eut lieu ; le porte-plume fut divisé et expulsé, ainsi que tous les fragments de calcul et la ficelle qui y était fixée. La guérison a été complète.

Un autre avantage que l'on trouve chez la femme, dans l'application de la lithotritie, c'est qu'on peut

aisément placer la pierre entre les mors de l'instrument en s'aidant des doigts introduits dans le vagin ; à moins que l'étroitesse de cette ouverture empêche l'introduction des doigts, comme cela peut avoir lieu chez les jeunes filles dont rien ne l'a dilaté. D'un autre côté, il est plus difficile, chez les femmes, de retenir le liquide qu'on injecte dans la vessie : quoiqu'on ajoute à cette circonstance défavorable bien moins d'importance qu'autrefois, l'opération de la lithotritie ayant été faite avec succès par M. Delmas, sans aucune injection préalable, et, avant lui, M. Ségalas avait pratiqué cette opération, qui fut aussi couronnée de succès, sans avoir pu maintenir aucun liquide dans la vessie.

Les autres inconvénients de la lithotritie sont d'abord : la douleur inhérente à l'opération, qui est souvent très-vive et qui peut mettre certains malades irritables, craintifs et ignorants, dans le cas de ne pas vouloir laisser continuer l'opération : c'est ce que j'ai pu voir chez un nommé Cavaillé, qui est dans ce moment à l'hôpital, et auquel M. Lallemand a pratiqué la lithotritie, et qui, après la première séance, se refusait obstinément à la seconde; il n'a fini par y consentir qu'à force de sollicitations, et c'est surtout la vue de quelques fragments de sa pierre qui s'étaient échappés la première fois, qui l'ont déterminé à laisser continuer l'opération, qui aujourd'hui est à peu près

terminée et le malade presque débarrassé de son calcul, malgré son volume et sa dureté.

Puis, toutes les séances de la lithotritie sont presque suivies d'un accès de fièvre semblable à celui des fièvres intermittentes. Je signalerai encore l'engorgement du cordon, de l'épididyme, du testicule lui-même; les déchirures de l'urètre, les infiltrations urinaires, les abcès au périnée, au scrotum, quoique moins fréquents, ont cependant été observés. Je signalerai aussi l'hématurie, la cystite, la péritonite, les perforations de la vessie, le pincement des organes et la rupture de l'instrument, comme autant de contre-indications de la lithotritie, quoique l'on puisse éviter les unes en prenant des précautions, et combattre les autres avec avantage par les moyens appropriés.

C'est surtout l'âge de l'individu qui doit être pris en considération avant de se décider à pratiquer la lithotritie : il est aujourd'hui démontré par tous les chirurgiens qui s'occupent de cette méthode, que c'est surtout chez les jeunes gens et les adultes qu'elle réussit le mieux; cependant il n'est pas à dire pour cela qu'elle ne puisse être employée chez les enfants ou les vieillards. D'abord, examinons si le broiement est possible et doit être employé chez l'enfant : nul doute qu'il ne soit possible, mais la seconde proposition ne peut être résolue si vite.

Chez l'enfant, les parties à intéresser dans la

lithotomie sont peu épaisses, les vaisseaux importants moins faciles à léser ; l'urètre, qui, chez les femmes, adhère au vagin, est comme embrassé par ce dernier, en sorte que, plus le canal vulvo-utérin est large, plus il est dangereux de le blesser en raison de la saillie qu'il fait chaque côté de l'urètre ; cette fâcheuse disposition se rencontre chez les femmes qui auront fait des enfants ou qui seront mariées. La disposition contraire, c'est-à-dire l'étroitesse du canal vulvo-utérin, est plus grande chez les vierges et les enfants, disposition anatomique encore favorable à la lithotomie chez les enfants du sexe féminin. Une disposition qui a quelque analogie avec cette dernière se rencontre chez l'homme ; la différence réside en ce que l'urètre, au lieu de reposer sur le vagin, repose sur le rectum, et cet organe acquiert avec l'âge une certaine extension, et fait aussi saillie chaque côté de l'urètre, qui s'y trouve pour ainsi dire enchassé, et expose par conséquent les vieillards à la blessure du rectum dans l'opération de la lithotomie, accident que l'on n'a presque pas à craindre chez les enfants.

Il est certain aussi qu'à cet âge les opérations de la taille sont presque toujours suivies de succès ; tous les relevés statistiques le prouvent, et personne ne le met en doute : les accidents qui accompagnent l'opération sont fort rares. En est-il de même quand on en vient au broiement ? Dans ce cas, on a affaire

à un urètre étroit qui ne présente qu'un peu de largeur vers sa partie prostatique, ce qui est nuisible en ce que des fragments peuvent s'engager dans cette partie du canal, fragments qui seront ensuite trop volumineux pour traverser le reste du conduit. A cet âge aussi, la vessie est plus relevée dans le bassin et augmente d'autant la courbure du tiers postérieur de l'urètre, ce qui fait une difficulté de plus à vaincre. Puis, il faut que les instruments s'accommodent à la dilatabilité du canal; par suite, ils seront ici très-minces, et si le calcul offre de la résistance, n'est-il pas à craindre que ces instruments soient faussés et même brisés, et se voir obligé d'en venir à l'opération de la taille pour extraire la partie restée dans la vessie? Si on examine des observations qui ont été publiées en 1835 par M. Leroy, et qui ont été prises sur des enfants en bas-âge, on ne sera pas rassuré sur les dangers de cette opération : que voit-on, en effet, dans ces quatre ou cinq observations publiées dans la Gazette Médicale de 1835, et dont M. Velpeau a entretenu l'Académie de médecine? C'est que ces jeunes enfants ont tous beaucoup souffert; que, chez tous, des fragments se sont engagés dans le canal de l'urètre, l'ont dilacéré, et n'en sont sortis qu'avec peine; c'est que, chez l'un d'eux, Dupuytren a été obligé d'en venir à l'opération de la taille : c'est à ce sujet que M. Velpeau, justement effrayé, prétend qu'on a

grossi les dangers de la taille et exagéré l'innocuité de la lithotritie ; c'est à ce sujet aussi que M. Delmas père écrivait, dans la Gazette Médicale de 1835, une lettre dans laquelle il se demande si, d'après la lecture des observations rapportées par M. Leroy, la lithotomie n'eût pas évité à ces petits malades le plus grand nombre de souffrances que la lithotritie leur a occasionnées, d'autant plus qu'il avait vu pratiquer trois fois la lithotritie, et que trois fois les malades avaient succombé avant le troisième jour sans être débarrassés de leur pierre. Mais, depuis, la lithotritie a été mieux étudiée et employée avec plus de soin : aussi ai-je appris, pendant mon séjour à Montpellier, que le professeur Delmas avait déjà opéré le broiement de plusieurs calculs avec un plein succès, qu'il avait même détruit par ce moyen une pierre assez volumineuse chez un enfant de dix-huit mois. Comme on le voit, la lithotritie prend tous les jours d'autant plus de développement, qu'elle est mieux connue et que les instruments qu'on emploie sont plus simples et plus parfaits ; cependant, il faut le dire, c'est chez l'enfant en bas-âge surtout que le broiement est difficile et quelquefois impossible. Aux causes mentionnées ci-dessus, nous devons ajouter l'excessive irritabilité qui fait le partage de cet âge, et surtout son indocilité : celle-ci peut être, en effet, poussée au point de ne pas permettre l'introduction de la sonde ; il faut, pour ainsi dire,

forcer le malade à l'opération, et ce n'est alors que celle de la taille qui peut être pratiquée : en tenant le malade bien fixé, l'opérateur ne court pas le danger de faire aucune lésion, et les cris que pousse le patient cessent aussitôt que l'opération est terminée; c'est ce que j'ai pu remarquer, à l'hôpital S^t-Éloi, chez un petit malade âgé de neuf ans, à qui le professeur Lallemand a pratiqué l'opération de la taille, parce que le malade ne voulait pas supporter la sonde, et s'agitait en poussant des cris lorsqu'on voulait essayer de l'introduire. Cette opération a été très-heureuse; seulement une artère a été ouverte et la ligature en a été faite, et, au moment où j'écris, le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri.

Comme nous l'avons déjà dit, c'est chez le jeune homme, chez l'adulte qu'on trouve surtout toutes les conditions favorables à la lithotritie : l'état général des malades est ordinairement satisfaisant; il n'existe pas encore de lésions organiques du côté des voies urinaires, ou bien on peut facilement les détruire si elles existent; le canal est large et peut donner passage à des instruments volumineux, comme à des fragments de pierre assez gros. Je viens de voir, à l'hôpital S^t-Éloi, un jeune homme de vingt-deux ans à qui M. Serre a appliqué la lithotritie, et quelques séances ont suffi pour le débarrasser complètement de son calcul, qui était assez considérable, d'après l'écartement notable des branches de l'instru-

ment. Avant la sortie du malade de l'hôpital, M. Serre s'est assuré qu'il ne restait plus aucune trace de calcul dans la vessie. Je ferai remarquer ici qu'il est nécessaire de revenir plusieurs fois dans la cavité de la vessie, lors même qu'on croit avoir tout détruit, et qu'il semble que tous les fragments ont été expulsés ; car la plus petite partie qui resterait pourrait devenir le noyau d'un nouveau calcul qui nécessiterait une nouvelle opération : cet accident est arrivé à des hommes très-habiles, à M. Heurteloup entre autres, qui, au dire de plusieurs chirurgiens anglais, aurait laissé dans la vessie de petits fragments qui auraient été le noyau de nouveaux calculs.

Enfin, la lithotritie peut être employée chez les vieillards ; mais il est bon d'observer que ce n'est pas tout-à-fait l'âge qui doit décider ; ce sont surtout les conditions dans lesquelles se trouve le calculeux qui doivent peser dans la balance. Dans quelques circonstances pourtant, chez les vieillards, l'âge est une contre-indication : la taille est alors l'unique ressource ; cependant on doit tenter d'abord encore la lithotritie quand on connaît tous les accidents qui peuvent survenir après l'opération de la lithotomie, surtout à cet âge. En outre, comme l'indique très-bien M. Civiale, l'affection calculeuse exerce sur la constitution et la santé générale des vieillards une influence beaucoup plus grande qu'aux autres épo-

ques de la vie ; aussi veut-il qu'on combine un traitement général avec les manœuvres de l'opération.

Celle-ci n'a été assez souvent, d'après cet auteur, qu'une affaire secondaire entièrement subordonnée au traitement médical ; il a pu débarrasser, à l'aide de la lithotritie, un vieillard de 79 ans qui avait plusieurs calculs, la prostate engorgée, la vessie irritable : cet exemple doit suffire pour engager à tenter le broiement chez des individus si avancés en âge. Comme je l'ai déjà dit, c'est surtout ici que la taille est souvent funeste ; les organes urinaires sont presque toujours malades chez les vieillards, la vessie racornie, hypertrophiée ; des veines variqueuses très-volumineuses et en grand nombre entourent le col de la vessie, et sont divisées dans les différentes incisions à faire, et peuvent donner assez de sang pour nécessiter le tamponnement ; et si celui-ci est toujours dangereux, même chez les adultes, combien plus il doit l'être encore chez le vieillard, chez lequel d'ailleurs une inflammation du tissu cellulaire pelvien qui survient dans ce cas, est moins facile à combattre que dans le jeune âge ! Puis l'opération de la taille condamne le malade à rester dans le lit pendant vingt jours au moins, et, pendant ce temps, le peu de vie qui lui reste peut s'éteindre, ou bien ce sont des escarres gangréneuses qui se forment et qui entraînent le malade ; dans

d'autres cas, ce sont des congestions cérébrales, pulmonaires qui deviennent promptement mortelles.

Ainsi donc, le chirurgien commence d'abord par essayer la lithotritie : au reste, il est plusieurs accidents que j'ai déjà signalés, qui sont arrivés dans l'enfance de la lithotritie, et qui ne se présentent presque plus, et que l'on ne mentionne, pour ainsi dire, que pour l'histoire de l'art : tels sont la rupture des instruments, la perforation de la vessie, les infiltrations urineuses, la péritonite, etc. Aujourd'hui les accidents sont rares ; il est seulement à désirer que les calculeux réclament des soins plus tôt, afin qu'on puisse toujours avoir recours au broiement : c'est ainsi que MM. Dubois, Lisfranc se sont fait lithotritier et ont été débarrassés de leur calcul ; c'est ainsi encore que M. Sanson, qui d'abord semblait préférer la taille, n'a pas hésité aussi d'en venir au même moyen, se trouvant dans le même état que les professeurs ci-dessus mentionnés : c'est qu'on peut toujours abandonner la lithotritie sans danger pour le malade, si on reconnaît qu'elle ne peut mener à un résultat heureux ; tandis qu'il n'en est pas de même pour l'opération de la taille. Combien de fois n'a-t-on pas vu des calculeux, être débarrassés dans quelques minutes de leur pierre, féliciter leur opérateur de son habileté ! Mais aussi combien de fois n'a-t-on pas vu ces calculeux succomber dans l'espace de vingt-quatre heures, de trois jours !

pourtant l'opération avait été si simple, que le succès paraissait certain. Je le répète, faisons des vœux pour que les malades qui portent des calculs dans la vessie, se présentent de bonne heure aux hommes de l'art, afin de pouvoir toujours jouir des bienfaits de la lithotritie, cette importante découverte de la chirurgie moderne.

# *Sciences accessoires.*

—

Comment reconnaître si le kermès minéral a été falsifié par le sesqui-oxide de fer ?

Le sesqui-oxide de fer est soluble dans l'acide chlorhydrique étendu d'eau ; le kermès minéral est, au contraire, insoluble dans ce même acide étendu. Si l'on soupçonne que le kermès minéral a été falsifié par le sesqui-oxide de fer, on peut faire le mélange suivant : on prend une quantité quelconque de kermès minéral qu'on croit falsifié, on jette dessus de l'acide chlorhydrique étendu en quantité convenable ; bientôt on voit le sesqui-oxide de fer, qui s'y trouvait mélangé, se séparer et se combiner avec de l'acide chlorhydrique, tandis que le kermès minéral reste insoluble ; ainsi l'acide s'est emparé du sesqui-oxide de fer. Et si, avant le mélange, on avait pesé le kermès minéral et qu'on le pèse après, on verra qu'il a diminué de la quantité de sesqui-oxide de fer qui y existait ; s'il n'en existait pas, il ne se fait aucune solution, le kermès et l'acide restent séparés, et on a après la même quantité de kermès.

# *Anatomie et Physiologie.*

—

Faire l'histoire des vices de conformation du bassin.

Les vices de conformation du bassin sont nombreux et variés : tantôt c'est toute la cavité osseuse qui est viciée , tantôt une partie seulement ; ici le détroit supérieur, là le détroit inférieur ; parfois et même assez souvent ce sont les cavités cotyloïdes qui présenteront des irrégularités dans leur conformation. Ces différentes difformités sont surtout importantes à étudier sous le rapport de l'obstétrique : heureux si l'on pouvait toujours reconnaître sur la femme vivante les vices de conformation qui peuvent être une cause de mort pour la mère et l'enfant au moment de l'accouchement ! D'abord le bassin en entier peut être trop large ou trop étroit dans toute son étendue ; il semble au premier abord qu'un bassin trop large soit plutôt un avantage qu'un désavantage, et pourtant, sans parler de la progression et de la course , qui doivent se faire moins facilement à cause de l'écartement des fémurs, il est positif que cette largeur trop considérable de la cavité pelvienne peut

amener la chute de la matrice ou son renversement par suite de l'accouchement rapide qui a lieu dans ce cas. Je vais signaler les divers vices de conformation qui peuvent résulter de la diminution des divers diamètres du bassin.

Il y a des bassins qui présentent la forme d'un cœur de cartes à jouer, d'autres celle d'un huit de chiffre ; quelquefois le sacrum et ses dépendances sont portés en avant sans qu'il y ait aucune difformité dans la symphyse du pubis : alors le détroit supérieur a la forme d'un cœur ; si, en même temps, la symphyse du pubis se porte en arrière, alors le détroit prend la forme d'un huit ; dans ce cas, la difformité sera facile à reconnaître, et l'accouchement naturel impossible.

Dans quelques cas, un seul des os coxaux est rentrant, et celui du côté opposé présente ordinairement alors une concavité en rapport avec la saillie de l'os correspondant : si c'est le détroit supérieur qui présente cette difformité, on conçoit que l'accouchement pourra d'abord être retardé ; mais si la tête se porte du côté de la convexité, l'accouchement deviendra facile. Parfois le sacrum, au lieu de présenter la concavité qui le caractérise chez la femme, est, au contraire, presque droit ; l'excavation pelvienne est réduite d'autant, et l'accouchement devient difficile. Le détroit inférieur peut aussi être vicié ; le sacrum est quelquefois trop concave ; le coccyx et l'extré-

mité inférieure du sacrum seront trop relevés du côté des pubis. Dans d'autres cas, ce seront les tubérosités ischiatiques qui se porteront en dedans et seront trop rapprochées ; d'autres fois ce sont les pubis et la symphyse pubienne qui descendent plus bas : on dit alors que la femme est barrée. On rencontre aussi quelquefois des exostoses, des végétations osseuses à l'intérieur du bassin, qui s'opposent à l'accouchement. D'autres fois ce sont des inégalités provenant de fractures mal consolidées. Ces divers vices de conformation doivent en entraîner dans les axes de cette cavité : ainsi l'angle sacro-vertébral est au-dessous de la symphyse pubienne ; d'autres fois cet angle existe à peine par suite du redressement de la courbure du sacrum, et se trouve placé beaucoup au-dessus de la symphyse du pubis. Enfin, on rencontre encore une difformité du bassin : c'est la luxation congéniale du fémur ; les cavités cotyloïdes sont souvent comme effacées.

# *Sciences chirurgicales.*

—

Faire connaître l'influence de l'âge dans l'application et les résultats de la lithotritie.

Cette question a été traitée dans mon sujet de choix, en tête de cette dissertation.

# *Sciences médicales.*

—

Quelles sont les règles à suivre dans le traitement de l'ophthalmie ?

Le traitement de l'ophthalmie doit varier selon qu'on a affaire à une ophthalmie simple ou idiopathique, ou à une ophthalmie composée ou symptomatique ou spéciale, et en raison des diverses causes qui la produisent et qui l'entretiennent, et selon qu'elle est aiguë ou chronique.

Ainsi, une ophthalmie est simple lorsqu'elle ne reconnaît pour cause aucune maladie spéciale, et qu'elle parcourt librement ses diverses phases ou périodes : l'ophthalmie produite par la piqûre d'un instrument, par la présence d'un corps étranger, en est un exemple. Dans ce cas, l'inflammation est franche et la rougeur d'autant plus prononcée que l'inflammation est plus intense. Dans cette ophthalmie, le traitement consiste, lorsqu'elle est aiguë, dans l'emploi des antiphlogistiques et la soustraction de la cause qui a produit la maladie ; à l'état chronique, les collyres résolutifs.

Les ophthalmies composées sont d'abord l'oph-

thalmie catarrhale qui se développe sous l'influence de l'habitation d'un pays froid et marécageux : on la voit exister d'une manière épidémique sous l'influence d'une température humide. Elle diffère de l'ophthalmie simple en ce que ce n'est plus l'élément inflammatoire, mais bien l'élément catarrhal qui prédomine ; aussi la rougeur est moins vive, les vaisseaux sont d'un rouge jaune, les paupières sont collées le matin par des mucosités desséchées. Dans le traitement de cette ophthalmie, on ne devra employer les antiphlogistiques qu'avec beaucoup de ménagements ; il faut surtout éviter les impressions du froid et de l'humidité, mettre des vêtements chauds de laine, appliquer des vésicatoires, prendre des diaphorétiques et des purgatifs, faire usage d'un collyre astringent laudanisé.

On doit rapporter à cette espèce d'ophthalmie qui vient de nous occuper, l'ophthalmie d'Égypte, pays qui offre tous les éléments favorables à son développement, à cause de ses inondations et de ses rosées abondantes et froides de la nuit succédant à une grande chaleur de la journée. Je signalerai encore l'ophthalmie scrophuleuse, qui est le plus souvent chronique : les bords des paupières sont rouges, tuméfiés ; les vaisseaux sont d'un rouge foncé qui tire sur le violet ; on remarque l'existence d'autres signes de scrophules. Il faut, dans ce cas, avoir recours à un traitement général contre la maladie scrophu-

leuse : les antiphlogistiques ne sont utiles que dans quelques cas où l'inflammation devient plus intense; la cautérisation avec le nitrate d'argent a été mise en usage ; l'application topique d'un collyre de sublimé avec le laudanum, l'emploi de l'hydrochlorate de baryte et d'autres antiscrophuleux.

Vient ensuite l'ophthalmie rhumatismale, qui se développe sous l'influence des mêmes causes qui produisent le rhumatisme, et qui existe souvent en même temps ou seule chez des individus qui sont sujets à cette affection : elle existe aussi liée avec l'état catarrhal ; elle constitue, d'après M. Sichel, l'ophthalmie catarrho-rhumatismale. Cet auteur indique aussi l'ophthalmie catarrho-scrophuleuse, qui est provoquée par la prédominance de l'élément catarrhal et scrophuleux.

Le traitement qu'il convient d'employer est : dans la première, les dérivatifs, les sudorifiques, l'emploi de frictions d'onguent napolitain sur le front et la tempe.

Dans la seconde, les purgatifs salins, l'application topique sur l'œil d'une solution de borax dans l'eau distillée de laurier cerise, conviennent.

Dans la troisième, les purgatifs, les collyres astringents, le traitement scrophuleux aidé des sudorifiques.

Puis vient encore l'ophthalmie abdominale du même auteur, qui se reconnaît à un état de con-

gestion, d'irritation sanguine, et même d'inflammation des membranes vasculaires de l'œil ; elle reconnaît pour cause la suppression d'évacuations sanguines qui ont lieu par les vaisseaux abdominaux : telles sont les hémorrhoïdes, les menstrues.

On doit employer les saignées révulsives par l'application de sangsues à l'anus, l'action stimulante sur les vaisseaux hémorrhoïdaux à l'aide des aloétiques, des sulfureux, des bains de siége, de pieds.

J'examinerai encore l'ophthalmie des enfants nouveaux-nés, l'ophthalmie blennorrhagique et l'ophthalmie syphilitique.

Les enfants qui viennent de naître sont quelquefois atteints d'ophthalmie dont la plupart du temps la cause est inconnue : cependant on conçoit que le contact des yeux avec des écoulements gonorrhéiques, vaginaux au moment de l'accouchement, puisse produire cette maladie ; d'autres fois c'est à l'impression de l'air que l'on peut attribuer l'ophthalmie. Dans le traitement, on pourra employer avec modération les antiphlogistiques : on emploie aussi les révulsifs. M. Sanson, au moment où la sécrétion muqueuse est établie, promène le nitrate d'argent avec rapidité à toute la face postérieure des deux paupières.

L'ophthalmie blennorrhagique est très-grave dans quelques circonstances, en raison de la rapidité de sa marche qui amène la destruction du globe de l'œil en deux ou trois jours : elle est quelquefois

le résultat du contact de la matière blennorrhagique imprudemment portée à l'œil ; d'autres fois elle paraît liée à l'écoulement blennorrhagique, sans que cependant il existe une infection générale, comme l'avaient pensé quelques auteurs. Cette maladie, si rapide, si intense, réclame un traitement prompt et énergique : les saignées répétées de toute nature, les révulsifs de toute sorte, le calomel à l'intérieur comme purgatif, seront les moyens que l'on devra employer.

L'ophthalmie syphilitique diffère de celle-ci en ce qu'elle est toujours chronique et est essentiellement liée à l'infection syphilitique générale, et par conséquent ne guérit que par l'emploi d'un traitement antisyphilitique général complet.

# FACULTÉ DE MÉDECINE
## DE MONTPELLIER.

### *PROFESSEURS.*

| | |
|---|---|
| MM. CAIZERGUES, Doyen. | *Clinique médicale.* |
| BROUSSONNET. | *Clinique médicale.* |
| LORDAT. | *Physiologie.* |
| DELILE. | *Botanique.* |
| LALLEMAND. | *Clinique chirurgicale.* |
| DUPORTAL. | *Chimie médicale et Pharmacie.* |
| DUBRUEIL. | *Anatomie.* |
| DELMAS. | *Accouchements.* |
| GOLFIN. | *Thérapeutique et Matière médicale* |
| RIBES. | *Hygiène.* |
| RECH, Présid. | *Pathologie médicale.* |
| SERRE, Suppl. | *Clinique chirurgicale.* |
| BÉRARD. | *Chimie générale et Toxicologie.* |
| RENÉ. | *Médecine légale.* |
| RISUENO D'AMADOR. | *Pathologie et Thérapeutique générales.* |
| ESTOR. | *Opérations et Appareils.* |
| BOUISSON, Exam. | *Pathologie externe.* |

*Professeur honoraire :* M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

### *AGRÉGÉS EN EXERCICE.*

MM. Viguier.
Bertin, Suppl.
Batigne
Bertrand.
Delmas fils.
Vailhé, Examinateur.
Broussonnet fils.
Touchy.

MM. Jaumes.
Poujol.
Trinquier.
Lescellière-Lafosse
Franc.
Jalaguier, Exam.
Bories.

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.